FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1968

THÈSE

N° 957

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Michel, Guy, Raoul SIMON

Interne des Hôpitaux de Paris

Né le 3 Novembre 1936, à Orléans (Loiret)

Présentée et soutenue publiquement le 20 novembre 1968

Les perforations au cours de l'évolution des sigmoïdites diverticulaires

Président : M. ROUX, Professeur

IMPRIMERIE
R. FOULON & Cie
29, Rue Deparcieux, 29
PARIS — 1968

UNIV.
LEIDEN
BIBL.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1968 **THÈSE** N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Michel, Guy, Raoul SIMON

Interne des Hôpitaux de Paris

Né le 3 Novembre 1936, à Orléans (Loiret)

Présentée et soutenue publiquement le 20 novembre 1968

Les perforations au cours de l'évolution des sigmoïdites diverticulaires

Président : M. ROUX, Professeur

IMPRIMERIE
R. FOULON & Cie
29, RUE DEPARCIEUX, 29
PARIS — 1968

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. Alajouanine (T.), Bénard (H.), Bernard (E.), Binet (L.), Bulliard (H.), Cathala (J.), Chabrol (E.), Chailley-Bert (P.), Cheymol (J.), Coste (F.), Debré (R.), Dechaume (M.), Galliard (H.), Gaudard d'Allaines (F. de), Gennes (L. de), Giroud (A.), Hazard (R.), Heuyer (G.), Lacomme (M.), Lamy (M.), Laroche (G.), Lelong (M.), Lévy (Mlle J.), Lévy-Solal (E.), Lian (C.), Maduro (R.), Marchal (G.), Mathieu (P.), Monod (R.), Moreau (R.), Moulonguet (P.), Pasteur Vallery-Radot, Petit-Dutaillis (D.), Piédelièvre (R.), Quénu (J.), Renard (G), Senèque (J.), Strohl (A.), Tanon (L.), Turpin (R.), Verne (J.).

Doyen : Georges BROUET

1er assesseur : Daniel BARGETON — 2e assesseur : Jean GOSSET

A. — CHAIRES DE SCIENCES FONDAMENTALES

	MM.
Anatomie	Delmas (A.)
—	Huard (P.)
à titre personnel.	Cabrol (Ch.)
—	Olivier (G.)
Anatomie et Cytologie path.	Delarue (J.)
à titre personnel.	Nezelof (Ch.)
—	Orcel (L.)
Biochimie médicale	Jayle (M.-F.)
—	Desgrez (P.)
—	Polonovski (J.)
Chimie pathologique	Schapira (G.)
à titre personnel.	Cartier (P.)
—	Dreyfus (J.-Cl.)
Biologie médicale à titre personnel.	Bourlière (F.)
—	Hartmann (L.)
Biophysique médicale	Bugnard (L.)
—	Djourno (A.)
—	Dognon (A.)
à titre personnel.	Kellershohn (L.)
—	Gougerot (L.)
—	Roucayrol (J.-Cl.)

	MM.
Cancérologie expérimentale	Mathé (G.)
Génétique fondamentale	Lejeune (J.)
Histologie et Embryologie.	Coujard (R.)
—	Tuchmann-Duplessis (H.)
à titre personnel.	Racadot (J.)
Microbiologie	Fasquelle (R.)
Bactériologie et Virologie.	Tournier (P.)
à titre personnel.	Barbier (P.)
Parasitologie	Larivière (M.)
Pathologie expér. et comp.	Merklen (F.-P.)
à titre personnel.	Lœper (J.)
Pharmacologie	Boissier (J.-R.)
—	Lechat (P.)
Physiologie	Bargeton (D.)
—	Malmejac (J.)
—	Parrot (J.)
à titre personnel.	Dejours (P.)
Physiologie et biolog. appl. aux sports	Scherrer (J.)

B. — CHAIRES DE SCIENCES CLINIQUES

1° MEDECINE

Biologie médicale	Fauvert (R.)
Histoire de la Médecine et de la Chirurgie	Coury (Ch.)
Hygiène et Médecine prév.	Boyer (J.)
Médecine du Travail	Desoille (H.)
Médecine légale, Droit méd. et déontologie	Derobert (L.)
Pathologie exotique	Brumpt (L.-C.)
Pathologie médicale	Buge (A.)
—	Bricaire (H.)
—	Cornet (A.)
—	Housset (E.)
—	Laroche (Cl.)
à titre personnel.	Azerad (E.)
—	Bour (H.)

Pathologie médicale à titre personnel	
—	Brocard (H.)
—	Caroli (J.)
—	Facquet (J.)
—	Lambling (A.)
—	Launay (Cl.)
—	Payet (M.)
—	Perrault (M.)
—	Siguier (F.)
—	Worms (R.)
—	Bouvier (J.)
Pathologie respiratoire	Turiaf (J.)
Pathologie et Thér. géné.	Maurice (P.)
Thérapeutique	Lamotte (M.)
Thérapeutique appliquée	Marche (J.)

Chaires de Cliniques :

MM.

Cliniques :
— cardiol. (Boucicaut) .. Lenègre (J.)
— cardiol. (Broussais) .. Soulié (P.)
— dermatol. (Saint-Louis). Duperrat (F.)
— maladies cutanées et syphilit. (Saint-Louis) . Degos (R.)
— endocrinolog. (Pitié) .. Decourt (J.)
— malad. infect. (Claude-Bernard) ..... Mollaret (P.)
à titre personnel. Bastin (R.)
— malad. mentales et de l'encéph. (Sainte-Anne). Delay (J.)
à titre personnel (neuro-psychiatrie) ..... Pichot (P.)
— malad. du système nerveux (Salpêtrière) .... Castaigne (P.)
— neurolog. (Salpêtrière) . Garcin (R.)
à titre personnel. Lhermitte (F.)
— neuro-psychiatrie infant. (Salpêtrière) ..... Michaux (L.)
— maladies du sang (Broussais) ..... Bernard (J.)
à titre person. (hématol.) André (R.)
— — Bousser (J.)
— — Dreyfus (B.)
— médicales : *Bicêtre :* Deparis (M.) - *Broussais :* Milliez (P.) - *Cochin :* Péquignot (H.) - *Hôtel-Dieu :* Bariety (M.) - *Pitié :* Dreyfus (G.) - *Saint-Antoine :* Boudin (G.); Conte (M.); Kourilsky (R.).
— médicale propédeutique (Broussais) ..... Justin-Besançon (L.)
— thérapeutique médicale (Saint-Antoine) ..... Lemaire (A.)
— Séméiologie médicales (Antoine-Chantin) .... Domart (A.)
Séméiol. méd. (Lariboisière) Bouvrain (Y.)
— (Pitié) ..... Rambert (P.)
— (Rothschild). Wolfromm (R.)

Cliniques :
— d'Hydrologie et de Climatologie (Bichat) .... Debray (Ch.)
à titre personnel. Giberton (A.)

Cliniques :
— médico-sociale du diabète sucré et des maladies métabol. (Hôtel-Dieu) ..... Derot (M.)
— néphrologique (Necker). Hamburger (J.)
à titre personnel. Richet (G.)
— Crosnier (J.)
— Génét. médic. (Enfants-Malades) ..... Royer (P.)
— maladies des enfants (Enfants-Malades) .... Mozziconacci (P.)
— médicale infantile et de pédiat. sociale (Enfants-Malades) ..... Marie (J.)
— pédiatrie (Trousseau) . Brissaud (H.)
à titre personnel. Lesobre (R.)
— pédiatrie et de puéricul. (Saint-Vincent-de-Paul) Thieffry (S.)
Hygiène et Clinique de la 1re enfance (Trousseau) Laplane (R.)
à titre personnel. Polonovski (Cl.)

Cliniques :
— pneumo-phtisiologie (Laennec) ..... Brouet (G.)
à titre personnel. Kreis (B.)
— Meyer (A.)
— rééducation motrice ... Grossiord (A.)
Electroradiologie ..... Ledoux-Lebard (M.)
— ..... Lefebvre (J.)
Radiologie médicale ..... Desgrez (H.)
à titre personnel. Fischgold (H.)
— Tubiana (M.)
— Cherigie (E.)

Cliniques :
— rhumatologie médicale et sociale (Cochin) .... Delbarre (F.)
— rhumatol. (Lariboisière). Sèze (S. de)
— toxicologique (Fernand-Widal) ..... Gaultier (M.)

° CHIRURGIE

Anesthésiologie ..... Vourc'h (G.)
Pathologie chirurgicale ... Laurence (G.)
— ... Kuss (R.)
— ... N...

Path. chirur. à titre person. Ramadier (J.)
Physiologie et path. obstét. Morin (P.)
Technique chirurgicale et Chirurgie expérimentale . Monsaingeon (A.)

Chaires de Cliniques :

Cliniques :
— carcinolog. (Gustave-Roussy) ..... Denoix (P.)
— carcinologique chirurg. (Necker) ..... Redon (H.)
à titre personnel. Bréhant (J.)
— chirurgicales : *Beaujon :* Lortat-Jacob (J.-L.); Baumann (J.) - *Cochin :* Léger (L.) - *Hôtel-Dieu :* Patel (J.) - *Saint-Antoine :* Gosset (J.) - *Salpêtrière :* Sicard (A.) - *Tenon :* Olivier (Cl.).
— thérap. chirur. (Vaugirard) ..... Roux (M.)

Séméiologie et Clinique chirurg. (Broussais) .... Poilleux (F.)
Séméiologie et Clinique chirurg. (Saint-Louis) .. Debeyre (J.)

Cliniques :
— chirurg. orthopéd. et traumatol. (Cochin) ... Merle d'Aubigné (R.)
— chirurg. orthopéd. et traumatol. (Foch) .... Padovani (P.)

	MM.
— chirurg. orthopéd. et traumatol. (Beaujon) ..	Cauchoix (J.)
— traumat. et orthopédique (R. Poincaré)	Judet (R.)
— chirur. infant. et orthop. (Enfants-Malades)	Fèvre (M.)
à titre personnel.	Chigot (P.-L.)
— chirurgie cardio-vascul. (Broussais)	Dubost (Ch.)
— chir. thorac. (Laennec).	Mathey (J.)
à titre personnel.	Gaudart d'Allaines (Cl. de)
— chir. et gynéc. (Broca).	Huguier (J.)

	MM.
— obstétric. (Baudelocque).	Lepage (F.)
— — (Saint-Antoine).	Merger (R.)
— obstétricale et gynécol. (Port-Royal)	Varangot (J.)
— neuro-chirurgie (Pitié).	David (M.)
à titre personnel.	Lebeau (J.)
— ophtalmolog. (Cochin).	Brégeat (P.)
— — (Hôtel-Dieu).	Offret (G.)
— oto-rhino-laryngologique (Lariboisière)	Aubry (M.)
— stomatol. (Salpêtrière) .	Cernea (P.)
— urologique (Cochin) ..	Aboulker (P.)
— — (Necker) ..	Couvelaire (R.)

C. — PROFESSEURS SANS CHAIRE

Anatomie	Gillot (Cl.)
Anatomie pathologique ...	Gouygou (Ch.)
Bactériologie	Christol (D.)
Bactériologie	Le Minor (L.)
Biochimie médicale : Cartier (P.); Gonnard (P.); Nordmann (J.).	
Chirurgie	Cerbonnet (G.)
Hématologie : Bessis (M.); Bilski-Pasquier (G.).	
Hygiène : Blancher (G.); Corre-Hurst (Mme L.).	
Médecine légale : Ceccal (P.); Hadengue (A.); Fournier (E.).	
Médecine générale	Aussannaire (M.)
Maladies infectieuses	Dupont (V.)
Neuro-psychiatrie	Tardieu (G.)
Pédiatrie	Rossier (A.)
Physique médicale : Coursaget (J.); Gremy (F.); Pellerin (P.).	
Physiologie : Durand (J.); Girard (Fr.); Hugelin (A.).	
Stomatologie	Chaput (Mme A.)
Pharmacologie	Schmitt (H.)

D. — PROFESSEURS DÉTACHÉS DANS LES UNIVERSITÉS ÉTRANGÈRES

Pathologie chirurgicale ..... M. Rudler (J.) *pr. s. ch.*

E. — PROFESSEURS ASSOCIÉS

Hormonologie	Moricard (R.)
Statistique médicale et épidémiologie	Schwartz (D.)
Néphrologie	Maxwell (M.)

Secrétaire général de la Faculté : M. Lena (J.).
Conseiller administratif : Mlle Chaintreuil (G.).
Conservateur en Chef de la Bibliothèque, Conservateur du Musée d'Histoire de la Médecine : M. le Docteur Hahn (A.).

Conservateurs : Mme Forget (F.), Mlles Dumaitre (P.); Laurent (H.); Le Noir (G.).
Bibliothécaires : Mme Contet (J.); Mlles Durozoy (M.-F.); Roberge (D.); Le Quang Linh (G.); Reuge (M.).

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MA GRAND-MÈRE

A MES PARENTS

A Monsieur le Professeur M. ROUX

Professeur de la Chaire de Clinique Chirurgicale Thérapeutique
à la Faculté de Médecine de Paris
Chirurgien des Hôpitaux
Chevalier de la Légion d'Honneur

Qui nous a fait le grand honneur d'accepter la présidence de cette thèse.

Hommages respectueux.

A NOTRE MAITRE

Monsieur le Professeur Agrégé C.-L. CHATELIN

Qui nous a toujours guidé avec bienveillance.

Qui nous a fait profiter avec patience de son immense expérience.

Qui nous a inspiré le sujet de cette thèse.

En témoignage de gratitude et de respectueux attachement.

A MES MAITRES D'INTERNAT

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ BARCAT

MONSIEUR LE DOCTEUR P. GUÉRIN

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ CHATELIN

MONSIEUR LE DOCTEUR A. MOUCHET

En remerciement pour l'enseignement chirurgical qu'ils m'ont donné.

A MES MAITRES D'EXTERNAT

Monsieur le Docteur AUROUSSEAU

Monsieur le Professeur VERNE (*in memoriam*)

Monsieur le Professeur Agrégé GAULTIER

Monsieur le Docteur ANTONELLI

Monsieur le Docteur LAMBLING

Monsieur le Professeur GARCIN

Monsieur le Docteur DI MATTÉO

Les accidents perforatifs survenant au cours de l'évolution des sigmoïdites diverticulaires réunissent un ensemble de manifestations allant du tableau aigu de perforation en péritoine libre à celui de perforation dans un organe voisin ou de fistulisation cutanée à manifestation subaiguë, voire chronique.

La dénomination de sigmoïdite est réservée à des processus inflammatoires à germes non spécifiques qui se développent primitivement et spontanément sur l'anse sigmoïde (EDELMAN et HENRY).

Le processus inflammatoire est responsable des perforations diverticulaires :

— soit en péritoine libre ;
— soit en péritoine cloisonné donnant une suppuration enkystée péri-sigmoïdienne ;
— soit dans un organe voisin déterminant une fistule :
  — directement après accolement des deux organes ;
  — ou secondairement par ouverture d'une collection suppurée péri-sigmoïdienne dans l'organe intéressé.

Il faut cependant faire une place à une étiologie mécanique des perforations diverticulaires : l'hyperpression intra-colique, quelle qu'en soit la cause, pouvant entraîner une rupture d'un diverticule.

Encore faut-il préciser que des lésions inflammatoires constituées à bas bruit peuvent préparer cette perforation.

Il semble que l'on puisse distinguer :

— des accidents dus à l'infection d'un diverticule isolé : perforation en péritoine libre ;
— des accidents dus à la sigmoïdite diverticulaire elle-même : perforation en péritoine cloisonné ou fistulisation après une période intermédiaire d'abcédation.

MECANISME DES PERFORATIONS

Il s'agit le plus souvent d'un processus infectieux avec une période pré-perforative d'infection diverticulaire.

Parfois, et beaucoup plus rarement, la perforation est d'origine traumatique, survenant après : endoscopie, lavement, examen radiologique avec insufflation, effort de défécation.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

La lésion initiale est le diverticule sigmoïdien, totalement latent cliniquement.

C'est une hernie de la muqueuse à travers une déhiscence de la musculeuse et dont le collet n'est pas toujours aisément visible.

Cette lésion est exceptionnellement unique et il semble que le nombre de diverticules présenté par un sujet atteint de maladie diverticulaire aille en s'accroissant avec l'âge.

La localisation sigmoïdienne apparaît comme la plus fréquente sur le côlon : 40 à 75 % suivant les statistiques.

La maladie diverticulaire n'atteint jamais le segment sous-péritonéal du rectum.

Au niveau de l'anse sigmoïde, les diverticules peuvent siéger :
— soit, et le plus fréquemment, au bord mésentérique ;
— soit au niveau des franges épiploïques ;
— soit au niveau des bandelettes longitudinales.

* *

La diverticulite, lésion inflammatoire d'un ou de plusieurs diverticules, semble survenir dans 10 à 20 % des cas de maladie diverticulaire (en fait, la latence de la diverticulose rend cette appréciation difficile).

Il peut s'agir :

D'une diverticulite aiguë catarrhale :
— le collet diverticulaire est obstrué ;

— il existe un liquide septique à l'intérieur du diverticule ;
— la paroi sigmoïdienne avoisinante, saine au début, participe rapidement à l'inflammation.

D'une diverticulite aiguë suppurée :

Elle se différencie de la précédente par :
— l'existence de pus intra-diverticulaire ;
— l'existence d'une infiltration pariétale étendue.

D'une diverticulite gangréneuse au maximum :
— aspect violacé, sphacélique de l'anse sigmoïde.

C'est une perforation par gangrène plus ou moins étendue d'une sigmoïdite diverticulaire grave.

* *

L'effraction de la paroi diverticulaire est responsable des complications perforatives de la diverticulite survenant au cours des poussées de la maladie.

Les péritonites généralisées peuvent relever :
— soit d'une perforation : du sommet ou de la base d'un diverticule au maximum ; il s'agira d'une sigmoïdite gangréneuse perforée ;
— soit d'une diffusion (exceptionnel) ;
— soit de la rupture intra-péritonéale d'un abcès.

Les péritonites d'origine diverticulaires localisées se traduisent par des plastrons ou des abcès qui peuvent être :
— intra-péritonéaux :
  — iliaque gauche ;
  — pelvien ;
  — abdomino-pelvien ;
  — méso-cæliaque ;
— extra-péritonéaux, cheminant entre les deux feuillets du méso-côlon, ou rétro-péritonéaux, avec risque d'ouverture secondaire intra-péritonéale.

Enfin, tous peuvent s'ouvrir dans un viscère de voisinage ou à la peau et donner lieu à la formation d'une fistule.

Parmi les fistules, les plus fréquentes sont :

— sigmoïdo-vésicales ;

— sigmoïdo-cutanées ;

Plus rarement, il s'agira de fistules complexes, entre plusieurs viscères.

Ces fistules peuvent également se constituer à bas bruit lors de poussées de sigmoïdite diverticulaire sans phase intermédiaire d'abcès. Elles résulteraient alors de la rupture d'un seul diverticule infecté (diverticulite plutôt que sigmoïdite).

On peut donc distinguer :

1° La diverticulite perforée.

2° La sigmoïdite diverticulaire perforée.

LES PERFORATIONS EN PERITOINE LIBRE

Les perforations en péritoine libre d'origine sigmoïdienne viendraient au troisième rang des syndromes perforatifs après les perforations d'origine ulcéreuse et appendiculaire.

Elles surviendraient dans 15 % environ des cas de sigmoïdite. En fait, il semble difficile d'apprécier exactement la fréquence de ces accidents, étant donné le grand nombre de diverticulose asymptomatique.

Ces perforations peuvent survenir au cours d'une poussée de sigmoïdite, ou bien être révélatrices de la maladie diverticulaire.

• **OBS. N° 1 :** Madame D... Léonie, 64 ans

Présente brusquement le 6 février 1966, vers 19 heures, une douleur iliaque gauche violente et continue.

Cette douleur s'accompagne de nausées et d'un arrêt du transit intestinal.

La malade ne vient consulter que le lendemain et le syndrome douloureux ne s'est pas modifié.

La malade est asthénique, sa tension artérielle est basse et il existe une tachycardie.

Aucun antécédent ni lointain ni récent n'est retrouvé.

L'examen de l'abdomen montre une contracture abdominale diffuse. Le T.R. est douloureux. Il existe peut-être une masse pelvienne sensible au T.V.

La numération-formule sanguine montre une hyperleucocytose.

L'examen radiologique de l'abdomen sans préparation montre :

— une opacité diffuse ;
— un très important pneumopéritoine ;
— l'absence de niveaux liquides.

Intervention en urgence. Compte rendu opératoire.

— Médiane sous-ombilicale.
— Liquide fécaloïde en grande quantité dans le péritoine.
— Il existe une perforation diverticulaire au sommet de l'anse sigmoïde sans sphacèle de l'anse.

On pratique :

— une libération de l'anse sigmoïde ;
— une extériorisation de la lésion par contre-incision iliaque gauche ;
— une toilette péritonéale + tifomycine locale ;
— un drainage du Douglas.

En fin d'intervention, résection de la zone de la perforation et mise en place d'un tube de Paul.

Les suites sont relativement faciles : reprise du transit au quatrième jour, l'aspiration et la rééquilibration étant poursuivies jusqu'à cette date. Une élévation thermique secondaire est provoquée par un très volumineux abcès de paroi.

Examen histologique (Laboratoire Gasne) :

Il s'agit d'une sigmoïdite diverticulaire perforée. La perforation est d'origine inflammatoire sans signe histologique de malignité.

Deux mois plus tard, le 2 avril 1966, une colectomie segmentaire sigmoïdienne est pratiquée après préparation générale et locale : néomycine, lavements, régime.

Compte rendu opératoire :

— libération de l'anus iliaque après excision cutanée ;
— colectomie segmentaire sigmoïdienne et suture termino-terminale en un plan extra-muqueux après abaissement de l'angle gauche ;
— drainage par deux Redon rétro-péritonéaux ;
— paroi un plan ;
— fermeture de la contre-incision iliaque gauche.

Les suites opératoires sont simples : reprise du transit au quatrième jour. Il n'y a pas d'accident de suppuration.

L'examen anatomo-pathologique de la pièce de colectomie montre qu'il s'agit d'une sigmoïdite diverticulaire sans signe histologique de malignité.

La malade est revue en juillet 1967 et ne présente aucun trouble fonctionnel. Un lavement baryté de contrôle montre une progression régulière de l'index opaque et il n'existe pas de diverticule secondairement apparu.

• **OBS. N° 2 :** Madame M..., 83 ans

Entre dans le service, le 9 février 1967, pour douleur abdominale diffuse apparue brutalement le matin et s'accompagnant de nausées et vomissements, ainsi que d'un arrêt du transit à l'exception de quelques glaires anales.

La température est à 37°6.

Chez cette malade maigre, dominent une déshydratation importante avec persistance du pli cutané et surtout des signes de choc.

A l'examen, l'abdomen est douloureux dans son ensemble, avec défense hypogastrique, mais sans contracture vraie.

Le T.R. est douloureux et il n'existe pas de masse pelvienne.

L'examen radiologique de l'abdomen sans préparation montre un important pneumopéritoine.

La malade est mise en aspiration, la rééquilibration est débutée aussitôt. Intervention au bout de quelques heures.

Compte rendu opératoire : médiane sous-ombilicale.

Il existe un épanchement fécaloïde très abondant dans le péritoine, provenant d'une perforation sigmoïdienne basse, l'aspect macroscopique étant celui d'une sigmoïdite. Le siège de la perforation ne permettant pas de pratiquer une extériorisation, on décide de pratiquer :

— une colostomie d'amont sur baguette ;

— un cloisonnement du pelvis par deux lames de caoutchouc recouvrant un Mickulicz de trois mèches, l'ensemble sortant par la partie inférieure de l'incision.

Les suites sont difficiles :

— malade fatiguée, nécessitant une rééquilibration minutieuse ;

— volumineux abcès de paroi ;

— apparition d'un écoulement abondant par le drainage et ne se tarissant qu'après plusieurs semaines.

Ce n'est que le 24 avril qu'un lavement baryté peut être pratiqué :

— par l'orifice proximal de la colostomie, ne révélant pas de lésion ;

— par l'orifice distal de la colostomie : l'index opaque ne franchit pas la charnière recto-sigmoïdienne, et il existe de nombreux diverticules sigmoïdiens ;

— par l'anus, enfin, montrant une sténose de la jonction recto-sigmoïdienne, d'allure néoplasique.

Rectoscopie : pas de lésion jusqu'à 13 cm.

L'état de la malade s'étant stabilisé, une réintervention est pratiquée le 2 mai 1967.

Compte rendu opératoire :

Reprise de la médiane.

Libération difficile du sigmoïde.

Colectomie gauche, type Hartman.

Paroi en un plan.

Les suites immédiates sont satisfaisantes, mis à part un abcès de paroi.

La malade est décédée deux mois après l'intervention, d'insuffisance cardiaque.

L'examen macroscopique de la pièce opératoire montre :
— *une anse sigmoïde à paroi épaissie,* avec de nombreux diverticules ;
— *une volumineuse tumeur recto-sigmoïdienne.*

Examen histologique (Laboratoire Gasne) :

Carcinome de type pseudo-glandulaire différencié.

Stroma scléro-inflammatoire et très vasculaire.

• OBS. N° 3 : Madame de M..., 58 ans

Entre en urgence le 13 mai 1967 pour péritonite.

Malade obèse sans antécédent pathologique notable.

Le syndrome douloureux évolue depuis trois jours avec vomissements et arrêt du transit.

La température est à 39° et la malade est légèrement choquée.

A l'examen : malade obèse et contracture abdominale généralisée.

Un examen radiologique de l'abdomen sans préparation montre des niveaux liquides sur le grêle, mais pas de pneumopéritoine.

Compte rendu opératoire :

Médiane sous-ombilicale.

Issue d'une grande quantité de pus.

On explore le grêle qui est recouvert de fausses membrane, le côlon et les annexes sans rien retrouver d'évident.

L'exploration de l'étage sus-mésocolique ne montre qu'un calcul vésiculaire, les parois de la vésicule étant tendues mais saines.

On fait une nouvelle exploration sous-mésocolique et on trouve cette fois une perforation d'allure diverticulaire, de petite taille au sommet de l'anse sigmoïde, cause de l'infection, et qui était passée inaperçue au premier examen.

Excision de la lésion.

Suture en un plan et épiplooplastie.

Après bien des hésitations, on décide de fermer sans faire d'anus de dérivation.

Toilette péritonéale. Une lame dans le Douglas sort par une contre-incision droite.

Suites : aspiration, rééquilibration et antibiothérapie.

Reprise du transit au quatrième jour.

Par contre, la malade mise sous anticoagulants, de manière systématique, constitue un volumineux hématome pariétal qui s'infecte, entraînant une désunion superficielle.

La malade, revue six mois plus tard, ne présente aucun trouble fonctionnel. La paroi est de valeur médiocre mais sans éventration.

• OBS. N° 4 : Madame B..., 68 ans

Est hospitalisée le 8 mai 1967 pour syndrome de péritonite aiguë généralisée. Il s'agit d'une malade sans antécédent digestif ni chirurgical, mais présentant une coxarthrose bilatérale.

La température est à 39°.

A l'examen :

Contracture abdominale généralisée.

Touchers pelviens douloureux.

Ce syndrome douloureux évolue depuis deux jours et s'accompagne de vomissements et d'un arrêt du transit.

L'examen radiologique de l'abdomen, sans préparation, montre un pneumopéritoine de moyenne abondance.

L'intervention est pratiquée en urgence.

Compte rendu opératoire :

Médiane sous-ombilicale.

Liquide fécaloïde dans le péritoine.

Le sigmoïde est infiltré, avec présence de diverticules macroscopiquement visibles. Il existe une importante infiltration pelvienne pouvant faire évoquer un néo. Surtout en amont de cette infiltration, existe une perforation d'allure diverticulaire à bords cartonnés et dont l'extériorisation est impossible.

On pratique un drainage par drain de Penrose, sortant par contre-incision, puis on fait une cæcostomie de décharge après appendicectomie.

La résection colique est prévue dans un second temps après exploration radiologique.

Les suites opératoires sont dominées par un écoulement très abondant par le drainage et qui ne se tarit qu'après deux semaines.

Un mois après l'intervention, un lavement baryté montre un aspect de côlite spasmodique avec présence de diverticules allant jusqu'à la partie gauche du transverse. L'index opaque progresse régulièrement jusqu'à la dérivation et il n'est pas retrouvé de lésion organique.

La malade, refusant la colectomie secondaire, on pratique, le 6 septembre 1967, une fermeture de la cæcostomie avec résection d'un diverticule cæcal par voie intra-péritonéale.

• OBS. N° 5 : Monsieur R..., 57 ans

Admis en urgence le 14 mars 1968 pour syndrome abdominal aigu ayant débuté le matin lors d'un effort de défécation.

Le premier signe a été une douleur en coup de poignard, péri-ombilicale, ayant diffusé rapidement à tout l'abdomen.

L'examen radiologique de l'abdomen sans préparation montre un très abondant pneumo-péritoine.

Ce malade présentant des antécédents de gastralgies depuis plusieurs années (les radios pratiquées antérieurement n'ont pas pu être vues), le diagnostic porté est celui de perforation ulcéreuse probable malgré l'importance du pneumopéritoine.

Compte rendu opératoire :

Médiane sous-ombilicale.

Grande quantité de gaz et de liquide fécaloïde.

L'estomac étant normal, on se porte vers l'étage sous-mésocolique et on découvre une large perforation sigmoïdienne diverticulaire au niveau de la jonction recto-sigmoïdienne. Cette portion n'étant pas extériorisable, on pratique une suture de la perforation dont les bords sont souples, et on place deux mèches et une lame de caoutchouc pour isoler la grande cavité.

Enfin, on pratique une colostomie sur tube de Paul.

Les suites opératoires sont normales.

Examen anatomo-pathologique (Laboratoire Gasne) :

Biopsie du côlon au niveau d'une perforation d'un diverticule.

La paroi colique à ce niveau est en inflammation subaiguë.

La sous-muqueuse est épaissie par de l'œdème, de la lipomatose et un léger infiltrat inflammatoire.

La séreuse est beaucoup plus infiltrée.

Les couches musculaires sont peu altérées.

La muqueuse est très amincie mais bien différenciée.

Un mois après l'intervention, on pratique un lavement baryté qui montre un aspect marécageux, filiforme avec fuite extra-colique du produit de contraste.

Deux mois plus tard, l'amélioration radiologique fait décider une réintervention.

Compte rendu opératoire (29 juin 1968) :

Fermeture de l'anus iliaque gauche au fil de lin et libération du péritoine. Fermeture de la paroi en deux plans aux crins.

Médiane sus et sous-ombilicale réséquant l'ancienne cicatrice. Libération de nombreuses adhérences. L'exploration est rendue difficile par de nombreuses adhérences pelviennes et péritonéales.

Le rectum présente encore des lésions inflammatoires qui descendent sous le Douglas, si bien que l'anastomose colo-rectale projetée n'est pas possible. Fermeture du rectum en deux plans.

Libération du côlon gauche pour abaissement.

Libération de la face postérieure du rectum jusqu'au coccyx.

Par voie endo-anale, décollement de la muqueuse de l'anus dans sa moitié postérieure après dilatation. Ouverture de la paroi ano-rectale au-dessus du sphincter.

Abaissement du côlon rétro-rectal et trans-anal. Fixation du côlon à la paroi, moitié postérieure au lin. Deux pinces de Kocher sur la muqueuse antérieure du côlon et postérieure du canal anal. Deux drains de Redon rétro-rectal.

Péritonisation par mobilisation du cæcum et de la dernière anse grêle, au fil de lin (l'appendice a déjà été enlevé).

Fermeture de la paroi aux crins en un plan dans les deux tiers supérieurs. Crins et agrafes sur la peau.

Les suites opératoires sont normales.

L'étude des observations de perforation en péritoine libre permet de retenir un certain nombre d'éléments diagnostiques :

— le début par une douleur hypogastrique ou de la fosse iliaque gauche, diffusant secondairement à tout l'abdomen ;

— l'élévation thermique et l'état de choc plus ou moins important, mais constant ;

— l'existence à l'examen d'une contracture abdominale, surtout sous-ombilicale ;

— radiologiquement, c'est le plus souvent l'existence d'un volumineux pneumopéritoine. Il s'y associe parfois un signe indirect : l'existence d'anse grêle dilatée dans la fosse iliaque gauche.

* *

Toutes ces perforations ont été révélatrices de la maladie diverticulaire. Il n'existait ni antécédent de colopathie ni antécédent de diverticulite.

Il n'a pas été non plus retrouvé de facteurs déclenchants tels que endoscopie, lavement baryté, insufflation, traitement par corticoïdes ou autres anti-inflammatoires.

On ne retrouve qu'un seul cas de perforation survenue au cours d'un effort de défécation (obs. n° 5).

Enfin, dans un des cas (obs. n° 3), la discordance entre la sévérité des signes généraux et la discrétion des signes physiques fait évoquer une forme dite « asthénique » de perforation.

C'est donc sur l'association d'un syndrome de péritonite généralisée avec fièvre, choc important et début sous-ombilical, et radiologiquement l'existence d'un abondant pneumopéritoine, que l'on doit suspecter une perforation sigmoïdienne.

On pourrait cependant discuter :

1) *Une perforation d'ulcère gastrique ou duodénal,* mais celle-ci a un début sus-ombilical, le pneumopéritoine y est moins volumineux et la température est normale.

L'existence d'antécédents ulcéreux est parfois retrouvée.

L'association ulcère gastrique et maladie diverticulaire du côlon est cependant possible.

2) *Une perforation appendiculaire :* les signes prédominent dans la fosse iliaque droite, la température est plus élevée, et il n'y a pas de pneumopéritoine.

3) *Une perforation diastatique* en amont d'un obstacle sigmoïdien, cancer le plus fréquemment.

Une des observations (obs. n° 2) comporte l'association perforation diverticulaire - cancer. Il semble que cette éventualité survienne dans 2 % des cas. Pour certains, la stase en amont du cancer favoriserait le développement de la diverticulite.

L'association sigmoïdite et cancer pose un problème diagnostique :

— l'existence d'antécédents de diverticulite ;

— la présence de diverticules visibles radiologiquement ne sont que des arguments de présomption ;

— quant aux constatations opératoires, elles sont souvent d'interprétation difficile. Seule aurait une certaine valeur, en faveur de la maladie diverticulaire, l'intégrité de la muqueuse lors d'une colotomie. Dans le cas de l'observation n° 2, le cancer fut méconnu et l'infiltration attribuée à la sigmoïdite.

En fait, seul l'examen histologique de la perforation et surtout celui de la pièce de colectomie donnera une certitude diagnostique.

LE TRAITEMENT DES PERITONITES PAR PERFORATION

Comme pour toutes les perforations digestives, il doit assurer :

1) Le traitement de la péritonite elle-même.

2) Le traitement de son étiologie.

LES METHODES

1) Le traitement de la péritonite

Il comprend :

— toilette péritonéale soigneuse avec libération des accolements, suppression des fausses membranes, évacuation du liquide septique intra-péritonéal ;

— lavage de la cavité péritonéale au sérum et antibiotiques locaux seront toujours nécessaires ;

— le drainage sera assuré soit par lame ondulée ou lame et drain.

Enfin, nous verrons que, dans certains cas, on sera obligé de pratiquer un cloisonnement de la zone de perforation, et d'associer un drainage par Mickulicz à une exclusion par une lame.

2) Le traitement de la perforation

a) La suture :

Est à réserver à quelques cas très favorables : perforation unique, de petite taille, avec paroi colique de voisinage saine, ce qui est exceptionnel.

Elle semble ne s'adresser qu'aux perforations d'une diverticulite catarrhale ou aux très rares perforations « traumatiques » vues très tôt.

Les risques en sont :

— la constitution d'une sténose intestinale ;

— surtout la désunion avec apparition d'une fistule stercorale. Cette suture, si elle est réalisable, doit s'accompagner d'un large drainage.

Loygue et Ryan ont proposé l'obturation par une frange graisseuse.

b) L'extériorisation de la perforation :

Elle ne peut être pratiquée que si :

— la perforation siège sur un segment colique mobile ;

— si la rétraction et l'infiltration du méso le permettent.

Cette méthode consiste à extérioriser la zone perforée de la cavité péritonéale, en créant un anus de dérivation sur baguette dont la perforation occupe le sommet.

Associée à une toilette péritonéale soigneuse, l'extériorisation assure sans gravité immédiate la guérison des cas favorables et prépare à la colectomie secondaire.

c) L'exclusion-drainage :

Consiste à isoler la zone de perforation du reste de la cavité péritonéale, sans extériorisation.

Elle s'adresse donc :

— aux lésions trop étendues pour être suturées ;

— aux lésions trop profondes ou trop fixées pour pouvoir être extériorisées.

Cette méthode laisse en place, au fond de la fosse iliaque ou du pelvis, des lésions infectées.

Elle doit être complétée par :

— un large drainage : lames, Mickulicz ;
— une colostomie d'amont.

d) La colostomie :

Son rôle est double.

Elle complète, nous venons de le voir, une exclusion drainage.

Surtout, elle permet la mise au repos d'un segment colique très inflammatoire, donc le refroidissement des lésions.

e) La résection d'urgence :

On lui oppose :

— sa gravité dans les cas aigus ;
— la difficulté au cours des épisodes aigus, d'apprécier les limites exactes de la lésion ;
— la difficulté, parfois, à différencier la sigmoïdite du cancer, ce qui entraînerait une différence d'étendue de la résection.

En fait, la perforation colique pose un problème d'urgence et une exérès limitée peut être complétée ultérieurement si les données de l'examen histologique l'exigent.

Cette résection peut se faire :

— soit avec anastomose immédiate ;
— soit sans anastomose immédiate : colectomie type Hartman, la résection étant associée à un large drainage.

Le rétablissement de la continuité sera prévu dans un second temps, avec ou sans abaissement de l'angle gauche.

LES INDICATIONS

L'état de choc, contemporain de la survenue de la perforation, nécessite presque toujours une courte réanimation pré-opératoire.

Aspiration duodénale par mise en place d'une sonde à mercure (cette sonde sera préférée à une sonde gastrique, étant donné la fréquence de l'iléus post-opératoire souvent prolongé).

Rééquilibration hydro-électrolytique.

Traitement et correction de tares éventuelles.

L'exploration se fera par médiane sous-ombilicale.

Il faut :

— reconnaître la perforation ;
— en préciser l'étendue et la nature ;
— apprécier l'état de la paroi colique avoisinante ;
— apprécier l'importance de la réaction péritonéale.

L'intervention comportera une toilette péritonéale soigneuse et des antibiotiques locaux.

Quant au drainage, quelle que soit la méthode utilisée, il se fera toujours par une contre-incision différente de celle d'une éventuelle colostomie.

Les indications concernant la lésion sigmoïdienne dépendent de plusieurs facteurs :

— siège et étendue de la perforation ;
— état des parois coliques ;
— mobilité de l'anse ;
— importance de l'épanchement ;
— ancienneté du syndrome de perforation et importance de son retentissement sur l'état général ;
— enfin, de l'existence ou non d'une lésion associée.

* *

— Si la perforation est unique, de petite taille, type « perforation traumatique », et si la réaction péritonéale est minime, il semble que la seule suture puisse être justifiée.

— En cas de perforation siégeant au sommet d'une anse mobile, dont le méso n'est que peu infiltré, on s'adressera à l'extériorisation sur baguette de la perforation, par contre-incision associée au drainage péritonéal.

Cependant si le malade est vu tôt et si l'épanchement est peu abondant, on peut discuter la possibilité d'une colectomie d'urgence.

Mais celle-ci n'est pas dénuée de risques, alors que l'extériorisation est un procédé simple, rapide et sûr.

— En cas de perforation bas située sur le sigmoïde, avec importante infiltration du mésocôlon, l'extériorisation est impossible. La thérapeutique consistera en une suture de la perforation associée à un large drainage et protégée par une colostomie d'amont.

— Enfin, si la perforation n'est ni extériorisable du fait de la rétraction du méso, ni suturable en raison de l'infiltration de la paroi colique, on s'adressera à l'exclusion drainage associée à une colostomie.

Mais on laisse en place des lésions infectées, d'où risque d'abcès ou de fistule secondaire.

Pour ces raisons, certains voient dans cette éventualité l'indication à une résection colique d'urgence, sans rétablissement de la continuité immédiate.

Dans ce cas, la résection type Hartman serait la solution la meilleure chaque fois qu'elle est possible.

— Enfin, s'il s'agit de lésions gangréneuses, il y aurait une indication formelle à la résection d'urgence, avec large drainage.

Si la perforation a été traitée par extériorisation ou exclusion drainage associé à une colostomie, se posera le problème de la colectomie secondaire.

L'état général du malade, la disparition du syndrome infectieux en fixeront la date. L'importance de l'exérèse variera suivant les données des examens radiologiques.

Cependant les accidents dus à la maladie diverticulaire colique surviennent presque toujours sur sa localisation sigmoïdienne et la colectomie segmentaire serait le plus souvent suffisante.

LES PERFORATIONS EN PERITOINE CLOISONNE

Ce sont de véritables pelvi-péritonites d'origine diverticulaire, le cloisonnement pouvant se faire soit primitivement, soit secondairement.

Elles aboutissent à la formation d'abcès pelviens qui peuvent être intra-péritonéaux, intra-mésocoliques ou même sous-péritonéaux.

L'évolution spontanée de ces abcès peut se faire :

— vers la diffusion à la grande cavité avec syndrome de péritonite généralisée secondaire ;

— vers l'ouverture dans un organe voisin : vessie, grêle, côlon, vagin ;

— vers l'ouverture à la peau enfin.

Sous l'effet du traitement, on peut observer :

— soit une résolution complète parfois ;

— soit un passage à la chronicité avec alternance d'amélioration et de rechutes.

• **OBS. N° 1 :** Monsieur L... Xavier, 63 ans

Hospitalisé le 23 septembre 1965 pour douleurs de la fosse iliaque gauche et du flanc gauche depuis cinq jours avec élévation thermique à 39° sans trouble du transit.

Il n'existe aucun antécédent digestif ni lointain ni immédiat.

A l'examen, il existe une masse occupant la partie haute de la fosse iliaque et du flanc gauche, allongée verticalement, bien limitée en dehors, mal limitée en dedans. Le toucher rectal est normal.

L'ensemble fait évoquer une lésion inflammatoire du côlon : une accélération de la V.S. et une discrète leucocytose sont les seules perturbations biologiques retrouvées.

Le lavement baryté montre une progression normale de l'index opaque jusqu'au bas-fond cæcal. Il existe une diverticulose colique avec maximum des lésions à la partie basse du descendant. Enfin, on note une fuite du produit de contraste, vraisemblablement liée à la rupture d'un diverticule. La petite cavité ainsi mise en évidence correspond à la masse cliniquement perceptible.

Sous l'influence du traitement médical, on assiste à une diminution de volume de la masse palpable.

L'intervention est pratiquée le 4 octobre 1965.

Compte rendu opératoire :

Médiane sous-ombilicale.

— Il existe un foyer inflammatoire à l'union côlon iliaque - côlon pelvien, avec un abcès dans la paroi abdominale.

— Libération difficile car le méso est gras et infiltré.

— Résection segmentaire et anastomose termino-terminale en un plan.

— Drainage lombaire et rétro-anastomotique par deux Redons.

— Paxi aux crins.

Examen histologique de la pièce (Laboratoire Gasne) :

Il s'agit d'une sigmoïdite diverticulaire sans signe histologique de malignité.

• **OBS. N° 2 :** Monsieur G... Héraldo, 52 ans

Est hospitalisé le 31 mars 1964 pour un syndrome occlusif fébrile évoluant depuis trois jours.

Il existe des douleurs abdominales diffuses mais prédominant à droite. Le météorisme est modéré. Le toucher rectal est normal.

La numération montre une hyperleucocytose avec polynucléose.

Radiologiquement, il n'existe pas de pneumopéritoine, mais on note la présence de niveaux liquides sur le grêle et sur le côlon.

Ce malade ne présente aucun antécédent digestif.

Intervention après préparation par aspiration et perfusions.

Compte rendu opératoire :

Médiane à cheval.

— Il existe une anse grêle adhérente dans le pelvis à une lésion inflammatoire qui paraît être une sigmoïdite. Il semble en plus exister une masse 15 cm plus bas, faisant évoquer un néo. Etant donné la fixité des lésions et l'importance de l'inflammation, on pratique seulement un anus de dérivation sur baguette. Les suites immédiates sont simples.

Un mois plus tard, un lavement baryté est pratiqué et montre :

— par l'orifice proximal, une progression rapide jusqu'au cæcum ;

— par l'anus, un aspect de sigmoïdite diverticulaire avec un rétrécissement de la jonction recto-sigmoïdienne.

Une réintervention est décidée deux mois après la première.

Compte rendu opératoire (25 avril 1964) :

— Dans un premier temps, on fait une fermeture temporaire de l'anus iliaque gauche au fil de lin.

— Puis on reprend l'incision médiane et on trouve de nombreuses adhérences intestinales plus ou moins serrées entre la paroi et les segments inflammatoires du côlon gauche. Après séparation de ces anses, on isole le côlon gauche dont la lésion siège à peu près sur la partie basse du sigmoïde. La section devra porter au niveau du détroit supérieur devant le promontoire. On libère ensuite le côlon gauche au niveau de l'anus iliaque et on résèque entre deux clamps. Le problème devient très difficile lorsqu'il s'agit de libérer l'angle gauche pour pouvoir faire un abaissement correct et faire une suture termino-terminale.

En effet, le méso-sigmoïde et le méso-côlon gauche sont rétractés, de même que le méso-côlon transverse. Il existe une épiploïte importante et il est très difficile d'obtenir un abaissement suffisant. Ce n'est qu'après libération et résection de 70 cm environ de côlon que l'on peut faire une suture termino-terminale en un plan.

Suture du méso-côlon au péritoine pariétal postérieur.

Drainage du décollement lombaire gauche et du pelvis.

En effet, un suintement important existe à la fin de l'intervention, probablement dû à l'état inflammatoire.

Fermeture de la médiane aux crins en un plan.

Fermeture de l'ancien anus gauche également en un plan.

Les suites opératoires sont simples :

— reprise du transit au quatrième jour ;

— pas de suppuration pariétale.

L'examen histologique de la pièce opératoire confirme qu'il s'agit bien d'une sigmoïdite diverticulaire sans signe histologique de malignité.

Ce malade est revu six mois plus tard et ne présente aucun signe fonctionnel digestif. Un lavement baryté de contrôle ne montre pas de diverticule apparu secondairement.

• **OBS. N° 3** : Madame G... Marie-Thérèse, 65 ans

Est hospitalisée en urgence le 20 ortobre 1964 pour éventration sous-ombilicale étranglée (hystérectomie ancienne).

Intervention immédiate chez une malade ne présentant aucun antécédent digestif.

Compte rendu opératoire :

Médiane sous-ombilicale débordant l'ombilic avec prélèvement d'un large fragment de peau.

— Dissection du sac et ouverture du péritoine en zone saine au-dessus de l'ombilic, puis de proche en proche, ouverture du sac péritonéal. Dans la partie inférieure et droite de celui-ci, existe une grosse tumeur inflammatoire débordant dans la fosse iliaque droite, adhérant au cæcum et aux dernières anses.

Libération de ces adhérences et résection d'un large fragment épiploïque. Il semble s'agir d'une sigmoïdite diverticulaire perforée.

— Colectomie segmentaire. Le bout inférieur est fermé en un plan extra-muqueux. Le bout supérieur est mis à la peau (anus iliaque gauche sur tube de Paul).

— Vidange du grêle et fermeture de l'entérotomie en deux plans.

— Fermeture du péritoine au catgut chromé 2.

— Cure de l'éventration par suture en paletot de l'aponévrose antérieure de la gaine des droits.

— Une lame dans le Douglas sort par contre-incision droite.

— Deux Redon sous-cutanés.

Examen histologique (Laboratoire Gasne) :

Il s'agit d'une sigmoïdite avec présence d'un diverticule coupé transversalement. Ce diverticule contient un corps étranger de grande taille. La paroi du diverticule est peu épaisse. La muqueuse est réduite à une seule rangée de glandes muqueuses.

La musculeuse est amincie.

Le sigmoïde au voisinage est très congestif.

Il n'y a aucun aspect tumoral.

Les suites opératoires sont très simples et la malade est réopérée trois mois plus tard.

Rétablissement de la continuité sans aucune difficulté.

• OBS. N° 4 : Monsieur V... Paul, 70 ans

Ce malade ne présentant aucun antécédent est hospitalisé, en janvier 1968, pour douleurs abdominales apparues depuis trois mois et s'accompagnant d'anorexie et d'amaigrissement. Il n'existe ni nausées ni troubles du transit. Enfin, ce malade présente de temps à autres des clochers thermiques.

A l'examen, l'abdomen est légèrement météorisé et il existe une masse dure, sensible, étendue du rebord costal gauche au flanc gauche, fixée. Le foie semble normal. Le T.R. est normal.

Le lavement baryté montre une fuite du produit de contraste au niveau du sommet de l'anse sigmoïde, sans fusée à distance. Il existe deux rétrécissements, l'un sigmoïdien, l'autre transverse.

Après préparation générale et locale, intervention le 1er mars 1968.

Compte rendu opératoire :

— Incision de Barraya. Il existe une volumineux bloc inflammatoire. Plastron

limité par le tablier épiploïque, le côlon transverse et le grêle. Le côlon transverse n'est qu'enflammé, sans lésion à ce niveau, comme on pouvait le suspecter. Colectomie segmentaire avec résection sigmoïdienne. Anastomose termino-terminale en un plan extra-muqueux. Appendicectomie car l'appendice est gros et congestif.

Paroi : catgut plastofil. Drainage par deux lames.

A l'ouverture de la pièce, il existe une perforation, mais la muqueuse de voisinage est normale.

Les suites immédiates sont simples.

Examen histologique (Laboratoire Tourneur) :

Lésion inflammatoire consistant en la présence de foyers suppurés enkystés par une réaction scléreuse assez épaisse. Leur siège est péri-sigmoïdien. La muqueuse examinée est normale.

Pas de tumeur dans le prélèvement.

L'aspect histologique est celui d'une péri-sigmoïdite suppurée dont l'origine diverticulaire apparaît très vraisemblable.

L'étude clinique de ces différents cas montre que le premier stade correspond à une « diverticulite » :

— douleurs hypogastriques ou iliaque gauche ;
— élévation thermique ;
— troubles du transit.

Sous l'influence du traitement médical, l'évolution peut se faire :

— soit vers la rétrocession ;
— soit vers la constitution d'un plastron avec perception d'un empâtement sous-pariétal, état sub-fébrile, troubles du transit ;
— soit vers la constitution d'un abcès pouvant survenir immédiatement ou après constitution du plastron.

La phase d'abcédation sera suspectée sur l'existence de douleurs abdominales, d'une température oscillante, d'une hyperleucocytose. Enfin, parfois sur l'existence d'une tuméfaction fluctuante.

Ces abcès peuvent être de siège variable :

— soit intra-mésocolique ;
— soit pelvien, type abcès du Douglas ;
— soit abcès rétro-péritonéal avec douleur lombaire, ptosis et empâtement de la fosse lombaire.

Suivant leur siège, ces abcès peuvent faire discuter différents diagnostics :

— un cancer colique abcédé iliaque gauche, essentiellement ;
— une appendicite méso-cæliaque ;
— une maladie de Crohn ;
— un phlegmon péri-néphrétique ;
— une suppuration annexielle ;
— parfois un abcès ischio-anal.

LE TRAITEMENT DES PERFORATIONS EN PERITOINE CLOISONNE

LES METHODES

1) Le traitement médical

Il associe :

— repos, glace ;

— aspiration et rééquilibration ;

— antibiothérapie.

2) Le traitement chirurgical

a) Le drainage simple ou associé a une colostomie :

On assure ainsi l'évacuation de l'abcès, la mise au repos des lésions des sigmoïdites en cas de colostomie.

Mais on laisse la possibilité d'une reprise évolutive, d'une autre complication.

La résection colique constituera un temps secondaire.

b) La résection colique immédiate :

Avec ou sans rétablissement immédiat de la continuité.

LES INDICATIONS THERAPEUTIQUES

Il semble que le traitement médical doive être institué en premier (sauf si le malade est vu pour la première fois avec un abcès collecté).

Les indications seront variables suivant l'évolution sous traitement médical.

— Si aucune amélioration ne se produit, la crainte d'une diffusion péritonéale ou d'une fistulisation cutanée constitue une indication opératoire. Suivant les cas, on pratiquera :

— soit, et si possible, une résection avec colostomie terminale associée à un large drainage ;

— soit, si l'état du malade et les conditions locales ne le permettent pas, un simple drainage associé à une colostomie d'amont.

— Si, au contraire, le traitement médical semble efficace, il sera poursuivi de façon à pouvoir pratiquer une intervention idéale sur des lésions refroidies : colectomie segmentaire avec anastomose immédiate.

Enfin, lorsque sous traitement se constitue un abcès qui ne cède pas, se pose l'indication d'une intervention rapide : colectomie segmentaire, le rétablissement immédiat de la continuité colique ne pouvant être décidé que sur les constatations opératoires ou, à défaut, drainage associé de préférence à une colostomie.

* *

LES FISTULES COLO-VESICALES

• OBS. N° 1 : Monsieur D... Alexandre, 41 ans

Présente, en février 1962, des signes de cystite : dysurie, brûlures à la miction. Chez ce malade ne présentant aucun antécédent, les examens biologiques pratiqués sont normaux et il n'existe pas de lésions radiologiquement décelables à l'urographie intra-veineuse.

En janvier 1963, apparition d'une épididymite gauche. L'interrogatoire retrouve l'existence d'une pneumaturie évoluant de façon intermittente depuis six mois environ, ainsi que des troubles digestifs vagues. A l'examen, les fosses lombaires sont normales, l'abdomen est souple sans tuméfaction palpable. Il existe une épididymite en cimier de casque. Le toucher rectal ne montre pas de lésions.

— Une cystoscopie montre un trigone normal et l'existence d'une fistule ponctiforme au niveau de la calotte.

— Le lavement baryté montre un aspect de diverticulite sans fuite du produit de contraste.

— Les épreuves biologiques sont normales et l'intervention est décidée après préparation intestinale pendant une semaine.

Compte rendu opératoire :

— Médiane sous-ombilicale.

— Le sigmoïde replié sur lui-même adhère à la calotte vésicale.

— Résection de la zone vésicale d'adhérence et fermeture de la vessie en deux plans sur sonde à demeure.

— Colectomie segmentaire sigmoïdienne assez étendue en raison d'un diverticule situé presque sur le rectum et qui était adhérant à la vessie sans toutefois la perforer.

— Suture termino-terminale en deux plans.

— Drainage par contre-incision lombaire gauche.

— Paroi : trois plans.

Examen macroscopique de la pièce :

— La fistule se fait aux dépens d'un diverticule colique dont l'orifice admet à peine la pointe d'un stylet. Le diverticule lui-même est rempli d'un tissu d'allure nécrotique. L'orifice vésical est entouré d'une frange muqueuse qui forme clapet. La paroi vésicale est épaissie et scléreuse.

Examen histologique :

Sigmoïdite diverticulaire. Il n'existe pas de signes de malignité sur les fragments examinés.

Suites opératoires immédiates :

— Reprise du transit au troisième jour. Ablation de la sonde vésicale au dixième jour.

— Le malade est revu six mois plus tard, il n'existe aucun signe urinaire, ni digestif. Le lavement baryté de contrôle ne montre pas de diverticules apparus secondairement.

• OBS. N° 2 : Monsieur A... Ferdinand, 80 ans

Consulte pour pneumaturie. Le seul antécédent est une intervention de Hrynstschack pour adénome prostatique, sept ans auparavant, et dont les suites ont été normales. Chez ce malade présentant une pneumaturie intermittente depuis trois mois, on ne retrouve aucun passé digestif.

Le lavement baryté montre une progression normale de l'index opaque jusqu'au cæcum et l'existence au niveau du côlon pelvien d'une importante diverticulose. Le cliché de profil montre que le maximum des lésions se situe sur la paroi gauche du bas-sigmoïde qui coiffe la vessie. Il n'existe pas de fuite barytée.

La cystoscopie ne met pas en évidence de fistule.

— Les signes urinaires se majorant, l'intervention est décidée deux mois plus tard, après préparation intestinale.

Compte rendu opératoire :

— Médiane sous-ombilicale.

— La fistule apparaît située à la partie gauche du dôme vésical sur lequel est accolée la partie moyenne du sigmoïde. Il existe de nombreux diverticules.

— Libération et excision de la zone vésicale perforée. Fermeture de la vessie en deux plans sur sonde à demeure.

— En raison de l'âge du malade, on ne pratique qu'une résection colique très segmentaire.

— Suture en deux plans : drainage par contre-incision lombaire gauche.

L'examen macroscopique de la pièce montre un abcès péri-diverticulaire et la communication n'a pas pu être retrouvée.

Examen histologique :

Aspect de sigmoïdites diverticulaires sans signes histologiques de malignité.

Les suites immédiates sont normales.

Le malade est décédé quatre mois plus tard à la suite d'un accident vasculaire.

• OBS. N° 3 : Monsieur J... Félix, 59 ans

Consulte pour pneumaturie et fécalurie, en octobre 1963. Ces troubles, apparus il y a un an, étaient devenus permanents. Il n'existait aucun antécédent ni digestif ni urinaire. Chez ce malade obèse, présentant une insuffisance respiratoire et cardiaque, le lavement baryté montre une diverticulite avec grosse fuite barytée colo-vésicale. A l'urographie, il n'existe pas de retentissement sur les cavités rénales.

Après préparation de quelques jours, en raison de l'état cardio-respiratoire, intervention.

Compte rendu opératoire :

Il n'est pratiqué qu'une colostomie transverse et une cystostomie.

Six semaines plus tard, réintervention.

Compte rendu opératoire :

— L'adhérence colo-vésicale porte sur plus de 10 cm. Libération difficile après repérage urétéral.

— Suture de l'orifice vésical et mise en place d'une sonde à demeure.

— Colectomie segmentaire et anastomose termino-terminale en un plan.

L'examen macroscopique montre de nombreux diverticules coliques dont un seul est perforé.

Les suites opératoires sont difficiles en raison de l'état cardiaque et respiratoire.

Deux mois plus tard, fermeture de l'anus transverse.

Le malade est revu trois mois après. Il ne présente aucun signe fonctionnel urinaire ni digestif. Le lavement baryté de contrôle est normal.

• **OBS. N° 4 :** Monsieur B... Pierre, 57 ans

Consulte en mars 1967 pour pneumaturie survenue il y a six mois et évoluant de façon intermittente. Pendant le mois précédant l'apparition de la pneumaturie, le malade présentait des douleurs abdominales vagues sans troubles du transit, des brûlures à la miction, une pyurie avec parfois hématurie.

Une urographie intra-veineuse faite à ce moment était normale.

Après une amélioration spontanée pendant trois mois, reprise de la seule pneumaturie qui devient permanente.

Le lavement baryté montre une importante sigmoïdite diverticulaire avec deux trajets fistuleux extra-coliques.

Intervention après préparation.

Compte rendu opératoire :

— Médiane sous-ombilicale débordant l'ombilic.

— Il existe une fistule colo-vésicale sur le sommet de la vessie.

— Libération de l'adhérence et fermeture de la vessie au catgut chromé sur sonde à demeure.

— Colectomie sigmoïdienne avec anastomose termino-terminale en un plan après décrochement de l'angle gauche.

— Drainage par 3 Redon.

L'aspect macroscopique de la pièce est celui d'une sigmoïdite diverticulaire. Il existe un polype colique qui n'avait pas été vu sur le lavement baryté. On ne retrouve pas le trajet fistuleux.

Examen anatomo-pathologique (Laboratoire Gasne) :

L'aspect est celui d'une sigmoïdite diverticulaire avec très importante réaction inflammatoire. Le polype est un polype muqueux banal avec muqueuse bien différenciée. Il n'existe aucun signe histologique de malignité.

Les suites opératoires sont simples. Le malade est revu deux mois plus tard en bon état général. Il ne présente aucun signe fonctionnel, ni digestif, ni urinaire. Le lavement baryté de contrôle est normal.

• OBS. N° 5 : Monsieur D... Gaston, 69 ans

Présente depuis huit mois une alternance de diarrhée et de constipation résistant à tous les traitements. Il existe un amaigrissement de 6 kg en deux mois.

Enfin depuis deux semaines sont apparues : une pneumaturie et une fécalurie.

Le lavement baryté fait après préparation intestinale montre un rétrécissement sigmoïdien bas, irrégulier, étendu sur plusieurs centimètres, sans que l'on puisse se prononcer de façon formelle sur sa nature, avec trajet fistuleux se dirigeant vers la vessie.

A l'urographie intra-veineuse, la sécrétion rénale est normale. Il n'y a pas de dilatation des voies supérieures. On note la présence probable de gaz dans la vessie, ainsi qu'une hypertrophie prostatique.

Intervention le 28 juin 1968.

Compte rendu opératoire :

Médiane sus et sous-ombilicale.

— L'exploration montre l'absence de métastases hépatiques ou péritonéales. Par contre, le côlon est en état de rétention chronique, considérablement distendu jusqu'à la sténose qui siège au niveau du bas-sigmoïde et adhère fortement à la vessie sans qu'on puisse savoir si l'envahissement est inflammatoire ou néoplasique.

— Ligature première des vaisseaux mésentériques inférieurs. Libération du côlon. A droite, l'appendice étant adhérent à la masse, on le réséque avec enfouissement, de façon à l'emmener avec la pièce colique. Libération de l'uretère droit le plus loin possible.

— Ouverture de la vessie et cathétérisme urétéral droit. Séparation de la vessie et du rectum, et fin de la libération urétérale droite.

— Résection colique après ligature du méso-rectum et nécessité de pratiquer un abaissement de l'angle gauche vu la rétractation due à l'inflammation chronique. Finalement, on est obligé de décrocher l'angle droit et de pratiquer une bascule cæcale avec anastomose entre le côlon ascendant et la partie basse de l'ampoule rectale au-dessus du Douglas.

— Suture termino-terminale au fil de lin.

— Fermeture de la vessie sur sonde de Folley.

— Drainage par trois drains de Redon : sous-hépatique, lombaire gauche, pelvien.

L'examen macroscopique de la pièce montre que la fistule colo-vésicale n'est pas une fistule par envahissement néoplasique, mais une fistule due à un diverticule sigmoïdien sus-jacent au cancer et qui a provoqué un abcès inter-sigmoïdo-vésical secondairement fistulisé dans la vessie.

Examen anatomo-pathologique (Laboratoire Gasne) :

— Il s'agit d'un carcinome de type pseudo-glandulaire détruisant la muqueuse et se propageant jusqu'à la séreuse. Stroma très inflammatoire.

— Pas d'envahissement ganglionnaire.

— La fistule sigmoïdo-vésicale est seulement inflammatoire et il n'existe pas d'envahissement néoplasique de la paroi vésicale.

• OBS. N° 6 : Monsieur P... Jean, 72 ans

Consulte en septembre 1960 pour syndrome de cystite aiguë avec pyurie, auquel s'est ajoutée, quelques jours plus tard, une pneumaturie avec fécalurie.

Ce malade présente depuis plusieurs années des troubles « colitiques » constitués par des douleurs, une alternance de diarrhée et de constipation, et traités avec plus ou moins de succès par cures hydro-minérales.

Le malade hospitalisé est traité médicalement et une amélioration se produit rapidement.

Au bout de quelques jours, l'état général est bon et il ne persiste qu'une pneumaturie intermittente.

L'examen radiologique confirme l'existence d'une sigmoïdite diverticulaire importante avec fuite barytée extra-colique vers la vessie.

La cystoscopie montre un orifice punctiforme dans la région postérieure du dôme, d'aspect inflammatoire.

Le malade est opéré après préparation générale et locale pendant quinze jours.

Compte rendu opératoire :

— Médiane sous-ombilicale.

— Le côlon sigmoïde est très inflammatoire, épaissi et son méso est rétracté.

La vessie y adhère fortement par la face postérieure du dôme vésical.

— Séparation facile de la vessie et du côlon. On ne retrouve pas l'orifice fistuleux dans la paroi vésicale et on enfouit la zone suspecte par un point en X au catgut chromé.

— Libération du côlon et décrochement de l'angle gauche.

— Colectomie segmentaire avec suture termino-terminale en un plan.

— Deux drains de Redon. Paroi aux crins.

— Sonde vésicale à demeure.

Les suites opératoires sont normales.

Un lavement baryté de contrôle est pratiqué deux mois plus tard. Il n'existe pas de signes de récidive de côlite inflammatoire diverticulaire sur la zone de côlon transverse abaissé.

Ce malade a été suivi pendant deux années et n'a pas présenté de signes faisant évoquer une récidive. Il est décédé d'accidents cardio-vasculaires.

• OBS. N° 7 : Madame B... Rachèle, 68 ans

Cette malade a été adressée, en juin 1959, pour un syndrome associant :
— douleurs pelviennes ;
— état sub-fébrile ;
— sub-occlusion.

Chez cette femme hystérectomisée dix ans auparavant, l'examen montre un empâtement pelvien mal limité, douloureux, évoquant une suppuration pelvienne.

Un lavement baryté montre l'existence d'une sigmoïdite diverticulaire très importante.

Sous l'effet du traitement médical, une amélioration se produit au bout de quelques jours.

Mais peu après se constitue un syndrome de cystite avec pyurie, auquel s'ajoute une pneumaturie avec fécalurie.

Une fistule sigmoïdo-vésicale s'est constituée pendant ce traitement, probablement par ouverture secondaire de l'abcès pelvien dans la vessie.

Dans les jours qui suivent, il ne se produit aucune modification sous traitement médical. La persistance de la fièvre et de la pyurie, l'altération de l'état général font porter l'indication d'une colostomie gauche qui sera exécutée sous anesthésie locale.

L'amélioration est d'abord spectaculaire, puis dans les semaines qui suivent s'installe un syndrome infectieux avec fièvre et épisodes intermittents de survie.

Un mois après la colostomie, on décide de réintervenir dans le but de réséquer le côlon fistulisé.

Intervention le 6 octobre 1959.

Compte rendu opératoire :

— Médiane sous-ombilicale.

— Le sigmoïde est très adhérent aux organes voisins et aux parois. On découvre une collection suppurée du Douglas (probablement sous le cloisonnement colo-vésical effectué lors de l'hystérectomie).

— La vessie séparée est réparée facilement après résection d'une pastille de la zone fistuleuse.

— Etant donné l'état du pelvis dépéritonisé et infecté, on ne pratique qu'une intervention type Hartman associée à un large drainage.

— Sonde vésicale à demeure.

Les suites de cette intervention sont complexes et ce n'est qu'en janvier 1960 que le rétablissement de la continuité colique peut être pratiqué dans de bonnes conditions.

* *

Tous les malades présentant une fistule colo-vésicale ont eu une symptomatologie urinaire révélatrice, associant pneumaturie et fécalurie le plus fréquemment.

Toutefois ces signes ont eu une évolution intermittente dans la plupart des cas, tout au moins au début de l'affection.

La fistule fut la première manifestation d'une maladie diverticulaire latente cliniquement, sauf dans 2 cas (observations n° 4 et n° 7), où l'existence de troubles colitiques associés à des signes généraux de suppuration fait penser à la constitution d'un abcès intermédiaire.

Enfin l'association sigmoïdite-cancer est toujours possible et il est parfois difficile de préciser l'étiologie de la fistule.

L'observation n° 5 comporte l'existence des signes digestifs précédant les signes urinaires, chez un malade présentant une sigmoïdite diverticulaire et un cancer recto-sigmoïdien. Les manifestations urinaires étaient cependant liées à la sigmoïdite, comme le prouvent les constatations opératoires et l'examen macroscopique de la pièce opératoire.

En faveur de l'origine diverticulaire de la perforation, on peut cependant retenir :

— l'existence d'une diverticulose colique sur le lavement baryté ;
— l'évolution intermittente des signes urinaires (ils seraient continuels dans les fistules néoplasiques) ;
— le siège de la fistule sur le dôme vésical ;
— l'aspect punctiforme de la fistule à la cystoscopie lorsqu'il est retrouvé.

En fait, une fistule néoplasique n'a un aspect irrégulier, étendu, infiltré que si elle est liée à l'envahissement de la vessie par la tumeur elle-même. En cas d'abcès périnéoplasique perforé dans la vessie, l'aspect est semblable à celui d'une fistule consécutive à un abcès péri-sigmoïdien d'origine diverticulaire.

TRAITEMENT DES FISTULES COLO-VESICALES

Il comporte :

— Le traitement de la sigmoïdite fistulisée.

— Le traitement de la lésion vésicale elle-même.

LES METHODES

1) Le traitement de l'effraction vésicale

Il pourra consister en :

— Soit une simple fermeture de l'orifice vésical, après avivement des bords, et mise en place d'une sonde vésicale à demeure pendant une dizaine de jours.

— Soit en cas d'orifice plus important, une résection vésicale limitée, cystectomie partielle avec suture sur sonde à demeure.

— Enfin parfois, aucune effraction vésicale n'est retrouvée. Le traitement est alors celui de la seule sigmoïdite diverticulaire associée à la mise en place d'une sonde vésicale.

2) Le traitement de la sigmoïdite diverticulaire fistulisée

a) La colostomie :

N'assure qu'une fois sur deux le tarissement de la fistule. La fécalurie et la pneumaturie disparaissent, mais la pyurie persiste

souvent, car la suppuration péri-sigmoïdienne est peu modifiée. Bien souvent, la fermeture de la colostomie entraîne une réouverture de la fistule.

b) La résection sigmoïdienne :

Résection segmentaire avec anastomose termino-terminale après séparation de l'accolement colo-vésical.

Cette séparation colo-vésicale se fait le plus souvent sans trop de difficulté car l'adhérence siège habituellement sur le dôme vésical loin des uretères.

Parfois, il existe un bloc inflammatoire plus étendu, posant un problème diagnostique entre une sigmoïdite et un abcès péri-sigmoïdien néoplasique, ou un envahissement vésical cancéreux qui obligerait à une cystectomie partielle.

En faveur de l'origine diverticulaire, on retiendra :
— l'aspect observé en cystoscopie ;
— les données de l'examen radiologique ;
— enfin, la possibilité d'une colotomie qui montrerait l'intégrité de la muqueuse.

LES INDICATIONS

Tous les malades étudiés ont présenté une évolution intermittente de leurs troubles, tout au moins au début de l'évolution.

Il semble que pour tous les cas, un traitement médical de la sigmoïdite puisse être d'abord institué : régime, désinfiltrants, antibiothérapie.

— La persistance des troubles conduirait alors à l'intervention.

— En cas de rémission, seule la crainte de récidive peut amener à proposer une colectomie. L'indication sera alors fonction de l'âge et de l'état général du malade, et surtout de l'importance de la sigmoïdite diverticulaire qui ferait craindre une récidive ou une autre complication.

— Quant à la colostomie préalable, elle ne semble indiquée que s'il existe une fistule complexe ou en cas d'infection sévère ou de mauvais état général du malade.

Enfin, si l'origine inflammatoire ou néoplasique de la fistule ne peut être affirmée, l'indication opératoire après quelques jours de préparation colique devient formelle.

LES FISTULES SIGMOÏDO-CUTANEES

Nous n'en avons retrouvé qu'un seul cas et qui évoluait sous l'allure d'une suppuration périnéale.

Monsieur B... Robert consulte pour une suppuration périnéale, apparue quelques jours auparavant et peu abondante. Ce malade ne présente aucun antécédent, sinon quelques épisodes de « côlite gauche » avec diarrhée cédant à un traitement médical banal. Aucun examen radiologique n'a été pratiqué. A l'examen, il existe un orifice fistuleux péri-anal à 3 heures, en genu pectoral. L'abdomen est souple, le toucher rectal normal.

L'examen sous anesthésie générale élimine une communication rectale et on pratique une mise à plat du trajet fistuleux.

Le malade est revu quatre mois plus tard pour une récidive et une fistulographie montre une communication avec le sigmoïde. Le lavement baryté révèle une sigmoïdite diverticulaire latente uniquement avec fuite extra-colique du produit de contraste.

Intervention. Compte rendu opératoire :

Médiane sous-ombilicale. Résection colique sigmoïdienne avec anastomose termino-terminale en un plan.

Les suites opératoires sont simples.

Le malade n'a été revu que sept ans plus tard, en bon état général.

Il n'y a jamais eu de récidive ni aucun épisode colitique.

On ne possède pas d'examen histologique de la pièce et, malgré l'existence d'une diverticulose, il est possible d'envisager la possibilité d'une maladie de Crohn.

CONCLUSIONS

L'étude de nos observations de perforation au cours des sigmoïdites diverticulaires confirme les notions classiques.

1) *Les péritonites généralisées par perforation en péritoine libre :*

Révèlent souvent la sigmoïdite diverticulaire, et le traitement idéal serait la colectomie d'urgence avec ou sans rétablissement immédiat de la continuité.

De bons résultats peuvent être obtenus par l'extériorisation de la perforation transformée en anus temporaire.

Les moins bons résultats sont la conséquence de l'impossibilité de réséquer ou d'extérioriser, donc lorsque seule la colostomie d'amont et le drainage ont été réalisés.

La suture simple de la perforation ne relève que des cas exceptionnellement heureux.

2) *Les perforations en péritoine cloisonné :*

Ont des indications thérapeutiques plus nuancées.

Le traitement médical, l'aspiration peuvent souvent guérir l'occlusion fébrile et la péritonite localisée, et permettre une intervention secondaire de résection en un temps dans de bonnes conditions.

L'importance de l'occlusion et du syndrome de suppuration peut obliger à intervenir plus rapidement et l'intervention de choix sera la résection, suivie le plus souvent d'une colostomie terminale temporaire.

3) *Les fistules sigmoïdo-vésicales :*

Sont les plus fréquentes.

Elles réagissent souvent bien au traitement médical, et une guérison spontanée peut être obtenue, ou tout au moins une amélioration telle que ne persiste que la seule pneumaturie.

L'indication opératoire se pose lorsque les lésions sont au repos. La séparation des organes et la résection colique traiteront la sigmoïdite diverticulaire et la fistule.

L'abstention opératoire ne pourrait être envisagée qu'en cas de guérison prolongée après traitement médical et, en l'absence de lésions sigmoïdiennes importantes, le diagnostic de néoplasme étant formellement écarté.

L'intervention en deux temps, avec colostomie préalable et drainage vésical, n'a que des indications exceptionnelles, tenant plus au terrain qu'à la lésion elle-même.

Les perforations diverticulaires sigmoïdiennes sont d'un pronostic beaucoup moins grave qu'autrefois :

— la connaissance exacte des lésions anatomo-pathologiques et de leur évolution ;

— l'effet du traitement médical

permettent de poser des indications opératoires précises qui tendent de plus en plus à la résection en un temps du segment colique porteur de diverticule.

Vu, le Doyen :
BROUET

Vu, le Président de Thèse :
ROUX

le Recteur de l'Académie de Paris :
Vu et Permis d'imprimer,
ROCHE

BIBLIOGRAPHIE

ARNOUS (J.L.). — Les sigmoïdites et péri-sigmoïdites de l'adulte. (*Thèse,* Paris, 1939, n° 394, p. 187.)

ASLANIAN (P.). — A propos de deux complications majeures de diverticulose sigmoïdienne. (*Thèse,* Paris, 1962, n° 941, p. 39.)

AUFDERNAUR (M.) et HOTZ (H.W.). — Péritonite purulente dans la diverticulite perforée. (*Gastroenterologia,* 1957, t. 87, n° 2, pp. 85-94.)

BARTLETT (M.K.) et MAC DERMOTT (H.). — Diverticulite. (*New Engl. Jour. Med.,* 1953, t. 248, p. 497.)

BELDING (H.M.). — Diverticulite perforée aiguë du côlon sigmoïde avec une péritonite généralisée. (*Arch. Surgeon,* 1957, t. 74, pp. 511-513.)

BERTRAND (P.), FRANCILLON (J.) et DEVAUX (J.P.). — A propos du traitement chirurgical des sigmoïdites. (*Sem. Hôp. Paris,* suppl. *Ann. Chir.,* mai 1956, t. 32, n° 5, pp. 327-334.)

BLANCHARD (J.L.). — Les sigmoïdites perforées. (*Thèse,* Paris, 1958, n° 984, p. 36.)

BEZZI (E.). — Les complications de la diverticulite du côlon. (*Min. Chir.,* 15 juin 1957, t. 12, n° 11, pp. 600-610.)

BERNIG (H.) et GOETZE (H.). — Les complications du diverticulite sigmoïdien. (*Gastroenterologia,* 1959, t. 91, n° 5, pp. 325-327.)

BOLT (D.E.) et HUGHES (L.E.). — Diverticulite. Etude statistique de 100 cas. (*Brit. Med. Jour.,* 14 mai 1966, t. 1, pp. 1205-1209.)

Boyden (A.M.). — Traitement chirurgical de la diverticulite du côlon. (*Annals of Surg.*, 1950, t. 132, p. 94.)

— Résection en deux temps des diverticulites sigmoïdiennes compliquées dans des cas sélectionnés. (*Annals of Surg.*, suppl., décembre 1961, t. 154, n° 6, pp. 210-214.)

Brown (P.W.) et Marcley (D.M.). — Pronostic de diverticulite et de la diverticulose du côlon. (*Jour. Amer. Med. Assoc.*, 1937, t. 109, p. 1328.)

Brown (R.R.), Rice (B.H.) et Skakacs (J.E.). — Hémorragie intestinale et perforation. (*Annals of Surg.*, 1959, t. 150, p. 790.)

Brown (W.B.) et Tommey (W.F.). — Maladie diverticulaire du côlon. (*Brit. Jour. Surg.*, 1960, t. 47, p. 495.)

Busson (A.) et Morin (G.). — Les diverticulites aiguës du sigmoïde et du côlon gauche.

Byrne (R.V.). — Diverticulite localisée perforée. (*Arch. Surg.*, avril 1964, t. 88, n° 4, pp. 532-553.)

— Résection primitive du côlon pour perforation d'un diverticule. (*Amer. Jour. Surg.*, août 1966, t. 112, n° 2, pp. 275-278.)

Carcassonne (F.). — Accidents chirurgicaux en rapport avec les diverticules sigmoïdaux. (*Arch. Mal. App. Dig.*, décembre 1951, t. 40, n° 13, pp. 1440-1443.)

Carroll (P.T.). — Complications de la diverticulite du gros intestin. Conduite thérapeutique. (*Jour. Inter. Coll. of Surg.*, juin 1961, t. 35, n° 6, pp. 699-712.)

Charpin (R.). — Les péritonites par perforations diverticulaires du sigmoïde. (*Gaz. Méd. France*, 25 février 1960, t. 67, n° 4, pp. 487-494.)

Chometon (M.). — Les perforations de l'anse sigmoïde en péritoine libre. (*Thèse*, Toulouse, juillet 1947, n° 55, p. 48.)

Chaufour (J.P.). — Les sigmoïdites compliquées et leur traitement (à propos de 20 observations). (*Thèse*, Paris, 26 juin 1962, n° 990, p. 82.)

Cibert, Gilloz (A.) et Oczwarcah (E.). — Les fistules sigmoïdes vésicales dans les sigmoïdites.

Clémençon (G.H.). — Clinique et complications de la diverticulite du côlon. (*Schweiz. Med. Woch.*, 19 août 1961, t. 91, n° 33, pp. 960-964.)

Couvelaire (R.). — Fistule vésico-intestinale. (*E.M.C.*)

Crépy (C.). — Aspects chirurgicaux des sigmoïdites. (*Thèse*, Paris, 1950.)

Dahlmann (J.). — Sur les tumeurs dites de la diverticulite. (*Münch. Mediz. Wchr.*, 1955, t. 97, p. 1570.)

Darmaillacq. — Trois cas de complications aiguës de diverticulites du gros intestin. (*Arch. des Maladies de l'App. Dig.*, juillet-août 1953.)

Decosse (J.J.) et Amendoly (F.W.). — La signification de l'hémorragie dans la diverticulite du côlon sigmoïde. (*Annals of Surg.*, 1957, t. 145, p. 540.)

Delannoy (E.). — Perforation apparemment spontanée du côlon sigmoïde ou ulcère aigu perforé du côlon sigmoïde. (*Mém. Acad. Chir.*, 1956, t. 82, n° 33-34, pp. 1084-1084.)

Delnoye et Pélissier. — Sigmoïdite diverticulaire. Perforation mécanique. Résection d'emblée. (*Afrique Française Chir.*, juillet-août 1956, t. 14, n° 4, pp. 257-259.)

Delouche (G.). — Sigmoïdite perforée avec péritonite généralisée. (*M.A.C.*, 13-20 octobre 1948, t. 74, n° 25-26, pp. 618-619.)

Deloyers (L.). — Les indications du traitement chirurgical des sigmoïdites et leurs complications. (*Acta Chir. Belgica*, mai 1956, n° 3, pp. 396-420.)

Demole (M.) et Chu-Chen (K.). — L'avenir des diverticuloses et diverticulites sigmoïdiennes. (*Gastro-Enterologia*, 1964, t. 101, n° 4, pp. 259-263.)

Debray (C.) et Hardouin. — Diverticulite aiguë sigmoïdienne déclenchée par la corticothérapie. (*Semaine des Hôpitaux*, 20 décembre 1960.)

Detrie (P.). — Les perforations en péritoine libre des sigmoïdites. (*Presse Médicale*, 5 octobre 1955, t. 63, n° 64, pp. 1309-1310.)

Devaux (J.P.). — Contribution à l'étude des sigmoïdites. (*Thèse*, Lyon, 1956, n° 102.)

Dubost (C.) et Torre (P.). — Fistules intestinales en dehors de la tuberculose et du cancer. (*Journal de Chirurgie,* 1949, t. 65, n° 4-5.)

Dubois (J.M.). — Les complications de la diverticulose du sigmoïde (étude de 24 cas). (*Acta Chir. Belgica,* octobre 1964, t. 63, n° 7, pp. 797-814.)

Elmendroff (E.), Marx (E.), Hansman (M.). — Sigmoïdite et diverticulite. (*Arch. Klin. Chir.,* 1965, t. 312, n° 4, pp. 333-359.)

Fitts (W.T.) et Anderson (L.D.). — La perforation spontanée du côlon sigmoïde ou présence d'une diverticulose. (*Jour. Amer. Med. Association,* 3 août 1953, t. 152, n° 15, pp. 1427-1428.)

Francon (F.), Paillot (J.), Bernard (R.). — Une péritonite hors série (perforation d'un diverticule sigmoïdien abcédé). (*Rev. Méd. Moyen-Orient,* mars-avril 1964, t. 21, n° 2, pp. 169-172.)

Germain (A.), Sarniquet (P.), Mirabel (A.). — A propos de 11 cas de perforation non traumatique du côlon sigmoïde. (*Gazette Médicale de France,* février 1961, t. 68, n° 507.)

Garday (M.). — Les perforations au cours du lavement baryté. (*J.C.,* mai 1959, t. 77, n° 5, pp. 538-551.)

Gemaldi (J.A.), Gomez (M.A.), Palura Beltran (O.R.). — Diverticulite aiguë perforée du côlon sigmoïde. (*Prensa Med. Argent.,* octobre 1965, t. 52, n° 36, pp. 2233-2234.)

Gilchrist (R.K.) et Economou (S.). — Traitement chirurgical de la diverticulite du côlon. (*Archives of Surgery,* 1955, t. 70, p. 276.)

Girard. — Sigmoïdites diverticulaires. (*Journal de Médecine de Lyon,* février 1958.)

Goatcher (P.). — La perforation du sigmoïde. (*British Journal of Surgery,* novembre 1953, t. 41, n° 167, pp. 286-289.)

Godinaud. — Abcès péri-coliques, péri-sigmoïdiens par diverticulite et diverticulose. (*Thèse,* Bordeaux, 1957, n° 218.)

Gouverneur (R.) et Souppault. — Fistules colo-vésicales d'origine diverticulaire. (J.C., t. 51, n° 2.)

Gouzi (J.). — Les diverticuloses coliques. Aspects chirurgicaux. (*Archives des Maladies de l'Appareil Digestif*, décembre 1951, t. 40, n° 12, pp. 1418-1425.)

Guillaud (J.P.). — Sigmoïdite diverticulaire et cancer associé. (*Thèse*. Lyon, 1955, n° 91.)

Guy (C.C.) et Webelius (C.Y.). — Les complications de la diverticulite du côlon et leur traitement chirurgical. (*Surg. Clin. North Amer.*, 1952, t. 32, pp. 91-109.)

Hartley (R.C.). — Les dangers de la diverticulite du côlon. (*Brit. Jour. Surg.*, janvier 1964, t. 51, n° 1, pp. 45-49.)

Heidenrich (A.), Paladino (A.M.), Pimentel (M.A.). — Complications de la maladie diverticulaire du côlon. (*Prensa Medic. Argent.*, juillet 1950, t. 53, n° 26, pp. 1437-1440.)

Holstenkamp (A.). — Contribution à l'étude des sigmoïdites perforées. (*Thèse*, Paris, 1961, n° 735.)

Hotz (H.W.). — Diverticulite perforative. (*Gastroenterologia*, 1958, t. 89, n° 3-4, p. 257.)

Hyman (L.J.) et Friedlander (S.O.). — Le traitement chirurgical de la perforation aiguë du diverticule du sigmoïde. (*American Journal of Surgery*, septembre 1951, t. 82, n° 3, pp. 349-353.)

Jay (J.B.) et Gants (B.). — Traitement chirurgical de la diverticulite du côlon. (*Amer. Journal Gastroent.*, 1955, t. 24, p. 396.)

Jouve (C.). — Les perforations dites diverticulaires du sigmoïde. (*Gazette Médicale de France*, 25 février 1963, t. 70, n° 4, pp. 645-659.)

Karlen (M.A.). — Diverticulite sigmoïdienne. (*Prensa Med. Argentin.*, 18 octobre 1963, t. 50, n° 42, pp. 2741-2751.)

Large (J.M.). — Traitement de la diverticulite perforée. (*The Lancet*, 22 février 1964, t. 1, pp. 413-414.)

Larrieu (H.) et Fourquet (D.). — Quelques problèmes d'urgence posés par les sigmoïdites et colites diverticulaires. (*A.C.*, 1960, vol. n° 14.)

Lataix (P.). — Deux cas de perforation spontanée du côlon sigmoïde en péritoine libre. (*Semaine des Hôpitaux de Paris,* 18 juillet 1949, t. 25, n° 53, pp. 2279-2281.)

Lenhart (C.G.) et Fleming (J.P.). — Traitement chirurgical des diverticules du sigmoïde. (*Journ. Intern. Coll. Surgeons,* février 1953, t. 19, n° 2, pp. 135-145.)

Lepère (J.). — Sigmoïdites diverticulaires, un traitement chirurgical. (*Thèse,* Paris, 1955, n° 605.)

Lewis (E.C.). — Perforation spontanée du côlon associée à un emphysème chirurgical. (*Brit. Journal Surgery,* 1963, t. 50, p. 548.)

Ligny (G.), Berge (S.), Meunier (R.). — Pathologie diverticulaire digestive. (*Bulletin de la Société Clinique de l'Hôpital de Charleroi,* 1967, t. 18, n° 1, pp. 31-47.)

Linder (J.M.) et Hoffman (S.). — L'extériorisation dans le traitement chirurgical de la perforation aiguë en péritoine libre dans la diverticulite du côlon sigmoïde. (*Surgery, Gynec., Obstetric,* juin 1962, t. 114, n° 6, pp. 755-757.)

Loygue (J.) et Sarrazin (A.). — Les indications chirurgicales au cours des diverticuloses sigmoïdiennes. (*Archives des Maladies de l'Appareil Digestif,* 1956, t. 45, n° 3, pp. 278-293.)

Loygue (J.) et Fournier. — Diverticules du côlon. (*E.M.C.,* 1957.)

Loygue (J.). — Diverticulose sigmoïdienne et sigmoïdite. (*Revue du Praticien,* 21 avril 1965, p. 1655.)

Masse (P.). — Perforation d'un diverticule du côlon sigmoïde en amont d'un cancer recto-sigmoïdien. (*M.A.C.,* mars 1956, t. 84, n° 8-9, p. 271.)

Mac Hardy. — Diverticule perforé du côlon sigmoïde. (*Amer. Journal of Gastroenterologia,* décembre 1961, t. 36, n° 6, pp. 698-705.)

Mac Lanahan (S.) et Gilmore (W.B.). — Perforation spontanée du côlon. (*Ann. of Surg.,* 1954, t. 139, p. 833.)

Mac Millan (F.L.) et Jamieson (E.W.). — Les tendances du traitement chirurgical de la diverticulite du côlon. (*Surg. Clin. North. Amer.*, 1955, t. 35, p. 159.)

Madden (J.L.) et Tan (P.K.). — Résection primitive et anastomoses dans le traitement des lésions perforées du côlon. (*Surg. Gyn. and Obstetric*, 1961, t. 113, p. 120.)

Martineau et Legros. — La diverticulite colique. (*Revue Française de Gastro-Entérologie*, janvier 1964.)

Mayo (C.W.) et Blunt (C.P.). — Traitement chirurgical des complications de la diverticulite du côlon. (*Surg. Clin. North Amer.*, août 1956, t. 30, n° 4, pp. 1005-1012.)

Meixner (H.). — Diverticule du sigmoïde avec perforation dans le cul-de-sac vaginal postérieur. (*Zentralbl. f. Gynäkol.*, 1959, t. 81, p. 613.)

Mouchet (A.). — Les sigmoïdites. (*E.M.C.*, 9075, A.10.)

Morand (P.). — Contribution à l'étude du diagnostic et du traitement des sigmoïdites compliquées. (*Thèse*, Paris, 1959, n° 586.)

Patterson (H.A.). — Le traitement des complications de la diverticulite du côlon. (*Surg. Clin. North Amer.*, 1951, p. 451.)

Paul. — Diverticulose et diverticulite du sigmoïde et leur complication. *Zentralbl. f. Chir.*, 11 février 1967, t. 12, n° 2, pp. 22-227.)

Prat (P.P.). — Les diverticules coliques. Aspects chirurgicaux. (*Archives des Maladies de l'Appareil Digestif*, décembre 1951, t. 40, n° 12, pp. 1418-1425.)

— Perforations diverticulaires par corps étranger. (*Archives des Maladies de l'Appareil Digestif*, décembre 1960, t. 49, n° 12, pp. 1729-1730.)

Prat (L.), Prat (P.P.) et Paschetta (V.). — Les diverticules du côlon pelvien. (1 vol., Paris, Masson et Cie édit., 1942.)

Rampal (M.), Lègre (M.), Vignole (R.) et Périllat (P.). — Sigmoïdite diverticulaire perforée dans la vessie. Traitement chirurgical imposé par une occlusion après une tolérance de vingt-sept années. (*Archives des Maladies de l'Appareil Digestif*, juillet-août 1964, t. 53, n° 7-8, pp. 911-918.)

Razemon et Fouet. — Sigmoïdites chirurgicales. (*Semaine des Hôpitaux*, juin 1961.)

Richter (P.L.). — Les aspects cliniques de la perforation du côlon après des inflammations. (*J.C.*, 1961, t. 32, p. 470.)

Roux et Rapp. — Traitement chirurgical des diverticules du côlon ilio-pelvien. (*Archives des Maladies de l'Appareil Digestif*, décembre 1951, n° 12.)

Roux et Lenoel. — Perforation du côlon + sigmoïde en péritoine libre. (*J.C.*, 1944, p. 21.)

Ryan (P.). — Diverticulite aiguë et diverticulite avec perforation. (*Med. Journal Medical*, 11 juillet 1964, t. 51, n° 2, pp. 51-52.)

Sabatier (P.). — Contribution à l'étude des complications péritonéales des sigmoïdites. (*Amer. Jour. Obst. and Gynec.*, novembre 1945, t. 50, pp. 558-559.)

Sénèque (J.) et Crépy (C.). — Aspects chirurgicaux des sigmoïdites. (*J.C.*, novembre 1950, t. 66, n° 11, pp. 725-745.)

Sedgwick (C.E.). — Le traitement chirurgical de la diverticulite et de ses complications. (*Surg. Clin. North Amer.*, 1951, t. 31, p. 159.)

Sicard (A.). — Un nouveau cas de perforation en apparence spontanée du côlon sigmoïde. (*M.A.C.*, octobre 1956, t. 82, n° 25-26.)

— A propos de perforation au cours du lavement baryté. (*M.A.C.*, 15 avril 1959.)

Smiley (D.F.). — Diverticulite perforée avec péritonite généralisée. (*Amer. Jour. Surg.*, mars 1956, t. III, n° 3, pp. 431-434.)

Smith (N.D.). — Diverticulose et diverticulite. (*Amer. Jour. Surg.*, 1951, t. 82, p. 583.)

Smithwick (R.H.). — Traitement chirurgical de la diverticulite du sigmoïde. (*Annals of Surgery*, 1960, t. 82, p. 583.)

Spinner (A.). — Perforation dans la vessie d'un diverticule du côlon sigmoïde. (*Schweiz. Mediz. Wochenschr.*, 1er mars 1952, t. 82, n° 7, pp. 241-242.)

STAUTON (M.D.). — Traitement des perforations coliques d'origine diverticulaire. (*Brit. Journ. Derm.*, 31 mars 1962, pp. 916-918.)

STEWARD (J.W.). — Diverticulite du côlon sigmoïde avec perforation. (*Surg. Clin. North Amer.*, octobre 1950, t. 30, n° 5, pp. 1491-1503.)

SWINTON (A.N.). — Aspects chirurgicaux de la diverticulite. (*Amer. Jour. Surg.*, 1951, t. 82, p. 603.)

VAN DER LINDEN (P.). — Le traitement de la sigmoïdite diverticulaire et de ses complications. (*Acta Chirurgica Belgica*, juin 1958, t. 57, n° 86, pp. 653-657.)

VERNEJOUL (R. DE). — Diverticulite pseudo-néoplasique du sigmoïde perforée dans la vessie. (*Archives des Maladies de l'Appareil Digestif*, décembre 1951, t. 40, n° 12, pp. 1443-1444.)

WATKINS (G.) et OLIVER (G.A.). — Traitement de la diverticulite sigmoïdienne perforée avec péritonite. (*Arch. Surg.*, juin 1966, t. 92, n° 6, pp. 928-933.)

WELCH (C.E.), ALLEN (A.S.), DONALDSON (G.A.). — Estimation de la résection pour diverticulite. (*Ann. of Surgeons*, 1953, t. 138, p. 332.)

WELCH (C.E.) et RODKEY (G.V.). — Méthodes de traitement de la diverticulite. (*Surgery*, 1956, t. 39, p. 712.)

WELTI. — A propos du traitement chirurgical des diverticules du côlon. (*Presse Médicale*, 9 mai 1964.)

WHITXLEY (M.F.). — Traitement chirurgical des complications de la diverticulose colique. (*Amer. Surgeons*, 1959, t. 25, p. 486.)

WIGH (R.) et SWENSON (P.S.). — Aspects radiologiques de la diverticulite et de ses complications. (*Journ. of Surgeons*, 1951, t. 82, p. 587.)

ZUNINO (A.F.). — Les sigmoïdites chirurgicales. Indications thérapeutiques. (*Thèse*, Marseille, 1959, p. 257.)

Rapport du Congrès de Chirurgie, Paris, Edelman et Henry, 24-29 septembre 1962.

Rapport du Congrès Paris-Lille. — *Annales de Chirurgie*, janvier 1968.

IMPRIMERIE R. FOULON & CIE, 29, RUE DEPARCIEUX, PARIS XIV[e]